Avant-projet

Intégration de la pratique de sage-femme

Développement des services de sage-femme

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

ISBN 2-89547-036-7
Dépôt légal 4e trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec

© Régie régionale de la santé et des services sociaux
des Laurentides - 2001

Dans ce document, le masculin est employé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

106-00097/

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

Avant-projet

Intégration de la pratique de sage-femme

Développement des services de sage-femme

Direction régionale
des affaires médicales et hospitalières
Le 19 décembre 2001

Membres du comité de préparation du document

Gingras, Ginette	Conseillère cadre, conférence des CLSC dans les Laurentides
Hamelin, Lucie	Sage-femme, présidente du Regroupement des Sages-femmes du Québec, consultante à la région des Laurentides
Leblanc, Ginette	Directrice régionale de l'organisation des services, Régie régionale des Laurentides
Le Gal, Georges	Directeur général du CLSC Arthur-Buies
Nadeau, Lucie	Agente de planification et de programmation, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, Régie régionale des Laurentides
Provencher, Claudette	Agente de planification et de programmation, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, Régie régionale des Laurentides
Tanguay, Line	Secrétaire, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, Régie régionale des Laurentides

Membres du comité aviseur

Chalifoux, Gisèle	Chef de programmes santé, CLSC Arthur-Buies
Charest, Raymond	Médecin omnipraticien-obstétricien, CH Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
Deslauriers, L. Jean	Médecin omnipraticien-obstétricien, CH Laurentien
Gingras, Ginette	Conseillère cadre, conférence des CLSC
Girard, Anne Marie	Médecin obstétricienne et gynécologue, CH Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
Halpin, Nicole	Infirmière-chef Unité de naissances, Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
Hamelin, Lucie	Présidente du Regroupement des Sages- Femmes du Québec, Représentante des Sages-Femmes des Laurentides, Conseillère à la région des Laurentides
Lampron, Isabelle	Responsable soins infirmiers, CLSC Thérèse-de-Blainville Membre de la Commission infirmière régionale
Lebrun, France	Infirmière-chef Unité de naissance, CH Saint-Eustache
Le Gal, Georges	Directeur général, CLSC Arthur-Buies
Ouellette, Lucie	Présidente, Groupe communautaire Maison de naissances Laurentides (organisme communautaire relié aux services aux femmes en prénatal et en postnatal)
Ouellette, Nathalie	Médecin obstétricienne et gynécologue, CH Saint-Eustache
Piché, Jacqueline	Médecin obstétricienne et gynécologue, CH Saint-Eustache
Potvin, Michèle	Infirmière-chef Unité de naissance, CH Laurentien
Proteau, Micheline	Agente de planification en périnatalité, coordination-prévention/promotion, Direction de la santé publique Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Provencher, Claudette	Agente de planification et de programmation, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
St-Louis, Jean-Pierre	Infirmier-chef Unité de naissance, CH-CR Antoine-Labelle, Mont-Laurier
Tessier, Ghislaine	Directrice de soins infirmiers, CH Saint-Eustache
Turpin, Michèle	Coordonnatrice, Organisme communautaire de Naissance renaissance Hautes-Laurentides (organisme communautaire relié aux services aux femmes en prénatal et en postnatal)

Table des matières

Introduction **1**

Historique des démarches jusqu'à ce jour **3**

1. Le contexte **7**

2. La Loi sur les sages-femmes et les orientations ministérielles **11**

2.1 La Loi sur les sages-femmes 11
2.2 Les orientations de la Politique de périnatalité (1993) 14
2.3 Les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'intégration des services de sage-femme selon le cadre légal 15

3. Les données socio-démographiques de la région des Laurentides **19**

4. Les principes et obligations de l'intégration de la pratique de sage-femme **23**

4.1 Les principes : 23
4.2 Les objectifs : 24
4.3 Les mécanismes d'intégration : 25
4.4 L'organisation administrative 26
4.5 La responsable sage-femme 26
4.6 Le Conseil des sages-femmes 27
4.7 La composition de l'équipe clinique de sage-femme 27
4.8 Le rôle et les responsabilités des membres 28
4.8.1 La chef de programme 28
4.8.2 Les sages-femmes 28
4.8.3 Les assistantes natales 29
4.8.4 La secrétaire administrative 29

5. L'intégration de la pratique de sage-femme **33**

5.1 Description de l'intégration selon les lieux d'intervention 33
5.1.1 En Centre local de services communautaires 33
5.1.1.1 Coûts de l'intégration de la pratique de sage-femme — Équipe de sages-femmes CLSC : Budget de démarrage 35
5.1.2 En centres hospitaliers 36
5.1.3 En maison de naissances 37
5.1.4 À domicile 38

6. Les services de sage-femme selon les périodes de natalité **41**

6.1 À la période prénatale 41

6.2 À la période pernatale : début du travail jusqu'à l'accouchement (équipe de deux sages-femmes) 43
6.3 À la période postnatale immédiate 44
6.4 De la période postnatale jusqu'à six semaines de vie 44

7. Le développement des services de sage-femme 47
7.1 Accessibilité à une maison de naissances 47
7.1.1 Scénario no.1 Équipe de sages-femmes en maison de naissances 47
7.1.2 Scénario no.2 Équipe de sages-femmes en petites maisons de naissances 48
7.2 Le calendrier d'implantation 50

8. L'évaluation des services de sage-femme 53

Conclusion 55

Bibliographie 57

Liste des tableaux

Tableau I	Nombre de familles (tous les types de familles) par MRC, selon groupes d'âge des enfants.
Tableau II	Nombre d'accouchements au CH Saint-Eustache, selon le territoire de CLSC de provenance de la mère. Année 1998 - 1999
Tableau III	Nombre d'accouchements au CH Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, selon le territoire de CLSC de provenance de la mère. Année 1998-1999
Tableau IV	Nombre d'accouchements au CH et CR Antoine-Labelle de Mont-Laurier, selon le territoire de CLSC de provenance de la mère. Année 1998-1999
Tableau V	Nombre d'accouchements au CH Laurentien, selon le territoire de CLSC de provenance de la mère. Année 1998-1999
Tableau VI	Nombre de naissances selon le groupe d'âge et le territoire de CLSC de résidence de la mère. Année 1997

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

EXTRAIT du procès-verbal de la rencontre du Comité exécutif, tenue le 11 décembre 2001 à la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, à St-Jérôme.

8. **PROJET INTÉGRATION DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME – DÉVELOPPEMENT DES SERVICES DE SAGE-FEMME**

CONSIDÉRANT la volonté des femmes et des CLSC de la région des Laurentides de favoriser l'intégration de la pratique de sage femme;

CONSIDÉRANT la loi sur l'intégration de la pratique de sage-femme à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux;

CONSIDÉRANT les travaux réalisés à ce jour pour se positionner auprès du ministère de la santé et des services sociaux comme région potentielle pour l'intégration de la pratique de sage-femme.

Il est proposé par Mme Louise Paradis, appuyé par M. Jean-Marc Roy,

DE TRANSMETTRE AU MSSS L'AVANT-PROJET INTITULÉ INTÉGRATION DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME – DÉVELOPPEMENT DES SERVICES DE SAGE-FEMME (DOCUMENT NO 3503);

DE POURSUIVRE LES TRAVAUX AVEC LES DIVERS PARTENAIRES POUR FAVORISER L'INTÉGRATION DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES, ET CE, LORSQUE NOUS AURONS REÇU LES BUDGETS REQUIS POUR ASSURER LE DÉVELOPPEMENT DE CE SERVICE.

Proposition adoptée à l'unanimité

EXTRAIT CERTIFIÉ CONFORME

Michel Léger, secrétaire

Le 11 janvier 2002

1000, RUE LABELLE, BUREAU 210, SAINT-JÉRÔME (QUÉBEC) J7Z 5N6
TÉL.: (450) 436-8622 TÉLÉC.: (450) 432-8712
Site web : http://www.rrsss15.gouv.qc.ca

Introduction

Le présent avant-projet s'inscrit dans le cadre du suivi exprimé par le Ministère qui mandate les Régies régionales à planifier l'intégration de la pratique de sage-femme dans leur région respective. Ceci fait suite à l'annonce officielle par le Ministère et l'Office des professions de la légalisation de la pratique de cette nouvelle professionnelle.

C'est dans cette optique que la Régie régionale des Laurentides dépose l'avant-projet «Intégration de la pratique de sage-femme — Développement des services de sage-femme». Il s'agit de mettre en place des services de sage-femme, gratuits et accessibles, tel que souhaité par plusieurs partenaires du réseau de la périnatalité ainsi que par les femmes et leurs familles.

Déjà en 1990, la région des Laurentides présentait au ministère de la Santé et des Services sociaux trois projets pilotes d'ouverture d'une maison des naissances associés à l'implantation des services de sage-femme sur le territoire de la région. Aucun projet n'a été retenu. Depuis ce temps, les familles n'ont eu aucun accès convenable aux services de sage-femme, car la Maison de Naissances de Pointe-Claire, située sur l'île de Montréal, n'accepte que les clientes qui proviennent d'un rayonnement géographique qui n'excède pas 35 km, soit des villes de Sainte-Thérèse et de Blainville comme limites; tandis que la Maison de Naissances de Côtes-des-Neiges n'accepte aucune demande en provenance de l'extérieur de la ville de Montréal.

Quoique le présent document présente l'avant-projet d'intégration des sages-femmes dans les Laurentides conformément au guide d'intégration de la pratique de sage-femme dans les Laurentides ; plusieurs étapes devront être franchies avant la mise en place de ces services. D'une part, lorsque les ressources financières seront disponibles, une consultation élargie auprès des divers partenaires permettra d'actualiser les étapes. D'autre part, des ententes inter-établissements et entre les partenaires devront être établies afin d'assurer les modalités d'intégration harmonieuse de la pratique de sage-femme dans le réseau de services dans les Laurentides. De plus, des ententes entre l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec et le Collège des médecins sont à finaliser en ce qui concerne le partage des responsabilités inter-professionnelles.

Dans ce sens, la Régie régionale des Laurentides souhaite une intégration de la pratique de sage-femme au réseau des services de santé des Laurentides en concertation avec les représentants significatifs du réseau périnatalité et les groupes de femmes impliqués dans ce dossier. C'est dans cet esprit qu'un comité aviseur a été mis en place à l'automne 2000 de manière à prévoir les mécanismes les plus susceptibles d'assurer l'intégration des services de sage-femme dans la région.

Historique des démarches jusqu'à ce jour

1990 - 1992	Appel du projet-pilote du Ministère pour la pratique de sage-femme en centre hospitalier ou /et en maison de naissances, dans six régions du Québec
1992	Dépôt du projet du CLSC Arthur-Buies, *Un centre de maternité au cœur des Laurentides*
1992	Dépôt du projet de Lucie Hamelin et Luc Guénette, CLSC Thérèse-de-Blainville, *Centre de maternité Thérèse-de-Blainville*
Septembre 1993	Dépôt du projet-pilote *de la pratique de sage-femme sur le territoire des MRC Deux-Montagnes et Thérèse-de-Blainville*
Février 1999	Demande d'incorporation de la Maison de naissances des Laurentides
Avril 1999	Présentation du projet Maison de naissances des Laurentides par la Corporation Maison de naissances des Laurentides au conseil d'administration de la Régie régionale des Laurentides
Juin 1999	Adoption de la Loi sur la pratique de sage-femme dans le cadre de projet-pilote (L.R.Q., C.P-16.1)
Janvier 2000	La Maison de naissances des Laurentides (projet) forme son conseil d'administration. Elle est supportée par le CLSC Arthur-Buies, les familles et les groupes communautaires.
Février 2000	Rencontre entre les représentantes de la Maison de naissances des Laurentides, la présidente du regroupement des sages-femmes, la représentante de la Fondation Clara Bourgeois et les responsables du dossier sages-femmes de la Régie régionale des Laurentides
Mars 2000	Rencontre entre le Ministère et les Régies régionales concernant les budgets disponibles pour intégrer la pratique de sage-femme
Juin 2000	Conférence des Directeurs généraux des CLSC mandate le CLSC Arthur-Buies pour l'intégration de la pratique de sage-femme
Juillet 2000	Embauche de Madame Lucie Hamelin, sage-femme, pour la préparation d'un guide d'intégration des sages-femmes
Automne 2000	Formation d'un comité aviseur pour la révision du *Cadre de référence – Guide d'intégration de la pratique de sage-femme au réseau actuel de la périnatalité des Laurentides*
Novembre 2000	Présentation du *Cadre de référence – Guide d'intégration de la pratique de sage-femme au réseau actuel de la périnatalité des Laurentides* au comité périnatalité des Laurentides
Décembre 2000	Dépôt du *Cadre de référence – Guide d'intégration de la pratique de sage-femme au réseau actuel de la périnatalité des Laurentides* au ministère de la Santé et des Services sociaux
Mai 2001	Rencontre avec le Ministère concernant l'avancement des travaux
Novembre 2001	Rencontre du comité de préparation du document : Avant-projet *Intégration de la pratique de sage-femme – Développement des services de sage-femme*
Décembre 2001	Dépôt de l'avant-projet ***Intégration de la pratique de sage-femme – Développement des services de sage-femme*** de la Régie régionale des Laurentides au ministère de la Santé et des Services sociaux

LE CONTEXTE

1. Le contexte

L'arrivée, ces dernières années, de jeunes familles dans la région des Laurentides a provoqué quelques transformations dans le profil des services en périnatalité. La population régionale étant plus jeune que celle de l'ensemble du Québec, cette situation a un impact sur le nombre de naissances notamment chez les 18-29 ans[1].

Au cours de cette période, et grâce à la mobilisation d'acteurs se reconnaissant des responsabilités auprès d'une clientèle commune, une gamme élargie d'actions s'est développée et bonifiée de manière à répondre aux besoins des femmes enceintes et des familles de la région. Progressivement, des mécanismes souples d'arrimage se sont mis en place, donnant lieu à des actions qui s'harmonisent de mieux en mieux entre elles pendant les périodes prénatale, pernatale et postnatale.

Outre la mise en place, par le réseau public de la santé et des services sociaux, de mesures universelles pour rejoindre les nouvelles mamans (rencontres prénatales, services de santé maternelle et infantile, immunisation...), les mécanismes d'intégration développés à compter de 1998 dans le cadre du programme de congé précoce ont contribué à l'instauration du continuum de services en périnatalité. Avec la constitution d'un comité régional de même que des comités locaux CH-CLSC dans chacune des sous-régions, la concertation et l'échange entre les différents acteurs se sont trouvés accentués.

[1] En 1996, la région enregistre un taux régional de 12,4 naissances vivantes par 1000 habitants comparativement à 11,5 par 1000 habitants pour le Québec.

La réorganisation des soins infirmiers en CLSC, la conclusion de protocoles inter-établissements de même que l'implication des médecins spécialistes ont, dès lors, permis l'actualisation des visites systématiques à domicile pour toutes les mamans et tous les nouveau-nés de la région. Dans cette foulée, se sont mises en place, dans les quatre centres hospitaliers des Laurentides disposant d'unités des naissances, des mesures liées à la cohabitation mère/nouveau-né, à la facilitation des contacts physiques précoces et à la promotion de l'allaitement maternel. En avril 2001, le taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital était de 70.4 % pour 3 544 naissances[2]; une augmentation de 1.4 % par rapport à l'année précédente.

Dans un contexte régional où sont prônés des rapports librement consentis entre institutions et organisations communautaires, ces dernières contribuent à offrir aux nouvelles mamans et à leurs familles le soutien et l'aide dont elles ont besoin.

À cet effet, diverses actions se sont mises en œuvre dans chacun des sept territoires de CLSC, depuis la mise en place d'activités en préconception pour adolescentes, de rencontres prénatales pour clientèle vulnérable jusqu'aux relevailles à domicile, en passant par l'accompagnement à l'accouchement, le soutien aux mères allaitant, les ateliers de stimulation et de développement des compétences parentales.

Ainsi, qu'il s'agisse d'initiatives émanant du réseau public ou communautaire, de l'application de programmations spécifiques aux clientèles vulnérables (OLO*, Negs, PCNP, Du bon pied) ou du développement de l'économie sociale dans le champ de la périnatalité, différents acteurs se retrouvent interpellés pour une intégration optimale des actions.

L'arrivée prochaine et souhaitée des sages-femmes dans les Laurentides rejoint ce même souci d'intégration, dans le respect des missions et des approches caractérisant les champs d'expertise des divers types de professionnels et des établissements qui seront mobilisés.

---

[2] Compilation Données des centres hospitaliers des Laurentides 2000 – 2001, RRL

LA LOI SUR LES SAGES-FEMMES

ET

LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

2. La Loi sur les sages-femmes et les orientations ministérielles

En 1990, le 22 juin, l'Assemblée nationale de l'époque adoptait la Loi sur la pratique de sage-femme précédant l'appel des projets-pilote de maison de naissances lancés dans tout le Québec.

> En septembre 1999, l'Assemblée nationale adopte le projet de Loi 28 «Loi sur l'intégration de la pratique de sage-femme à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux» et portera le nom *Loi sur les sages-femmes, LRQ, S-01.*

2.1 La Loi sur les sages-femmes

Après cinq ans d'expérimentation de la pratique de sage-femme en projet pilote, le gouvernement du Québec légalisait, en septembre 1999, la pratique de sage-femme.

Cette loi reconnaît une nouvelle professionnelle à exercice exclusif dans le réseau de la santé et des services sociaux.[3] De plus, elle en détermine la scolarisation en mettant en place un programme de formation universitaire de premier cycle, d'une durée de quatre ans. Depuis septembre 1999, ce programme est offert à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Cette loi amène aussi le passage d'une pratique exclusive qui n'existait qu'en maison de naissances à un mode d'organisation de services de sage-femme intégrés au réseau existant de la périnatalité dans la province de Québec.

En 1999, l'Association des CLSC/CHSLD du Québec écrivait, dans leur cadre de référence sur l'intégration de la pratique de sage-femme dans le réseau de la santé et des services sociaux, que « *la période prénatale constitue un moment privilégié pour promouvoir la croissance et le développement de l'enfant, soutenir l'apprentissage des rôles parentaux et prévenir les problèmes de développement et de relations parents-enfants. Investir au cours de cette période, c'est investir dans l'avenir. Investir dans l'intégration de la pratique de sage-femme au Québec, c'est contribuer à améliorer l'état de santé et de bien-être des enfants et des parents* ».

---

[3] Articles 52 à 55, Loi sur les sages-femmes

La Loi sur les sages-femmes (antérieurement nommée Loi 28) modifie certains articles de d'autres lois déjà en vigueur au Québec comme par exemple : la Loi de l'assurance maladie, la Loi de l'assurance médicaments, le Code des professions, la Loi médicale, la Loi sur les normes du travail, la Loi sur la sécurité de revenu, la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Loi sur la justice administrative (1996) et la Loi sur le soutien du revenu favorisant l'emploi et la solidarité sociale (1998).

La détermination des modalités d'intégration d'une nouvelle professionnelle dans le système de santé et des services sociaux suppose que l'on comprend bien son champ de pratique. L'article 6 de la Loi sur les sages-femmes (1999)[4] se lit comme suit :

« …6. Constitue l'exercice de la profession de sage-femme tout acte ayant pour objet, lorsque tout se déroule normalement, de donner à une ***femme les soins et les services professionnels requis pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, et de donner à une femme et à son enfant les soins et les services professionnels requis durant les six premières semaines de la période postnatale****.*

Ces soins et services professionnels consistent :

1. *à surveiller et à évaluer la grossesse, le travail, l'accouchement et, durant les six premières semaines, la période postnatale par l'application de mesures préventives et par le dépistage de conditions anormales chez la femme ou son enfant;*

2. *à pratiquer l'accouchement spontané;*

3. *à pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation ainsi qu'une réparation d'une lacération ou d'une déchirure du premier ou du deuxième degré du périnée.*

Cas d'urgence : Constitue également l'exercice de la profession de sage-femme, en cas d'urgence et dans l'attente d'une intervention médicale requise ou en l'absence de celle-ci, le fait d'appliquer la ventouse, de pratiquer l'accouchement en présentation du siège, de pratiquer l'extraction manuelle du placenta suivie de la révision utérine manuelle ou de procéder à la réanimation de la femme ou du nouveau-né. 1999, c. 24, a. 6

[4] Loi sur les sages-femmes, L.R.Q., S-01

De ces faits, les sages-femmes interviennent auprès de la clientèle à la période prénatale, à la période pernatale et à la période postnatale, et ce, jusqu'à ce que le nouveau-né ait atteint l'âge de six semaines.

Les sages-femmes peuvent accompagner les femmes enceintes pour leur accouchement en centre hospitalier et en maison de naissances. Leurs accompagnements pour un accouchement à domicile ou tout autre lieu choisi par la femme ou le couple, pourront être élargis lorsque le bureau de l'Ordre des sages-femmes du Québec aura réglementé.

L'objectif de la Loi sur les sages-femmes est d'intégrer les services de sage-femme au système de santé et des services sociaux en périnatalité, en préservant les principales caractéristiques de la pratique de sage-femme qui sont :

- L'autonomie professionnelle ;
- La continuité des soins et des services ;
- La conception globale de la santé et de la périnatalité ;
- La pratique orientée vers la prévention et la promotion de la santé ;
- Une plus grande participation des femmes et de leur conjoint.

L'intégration des sages-femmes s'adapte à la nouvelle réalité du réseau de la santé et des services sociaux en misant sur :

- La consolidation des services de première ligne ;
- La planification d'un réseau intégré de soins et de services ;
- La complémentarité entre les professionnels et les services.

2.2 *Les orientations de la Politique de périnatalité (1993)*

L'intégration des services de sage-femme sur le territoire des Laurentides poursuit les objectifs déjà exprimés dans la politique de périnatalité du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Dans la politique de périnatalité[5], le ministère de la Santé et des Services sociaux identifie une série d'objectifs, dont certains s'inscrivent en complémentarité et en continuité avec les besoins d'accompagnement et d'humanisation des soins chèrement réclamés par les clientes pour leur suivi de grossesse, ce dont les sages-femmes peuvent combler :

1. Soutenir de façon continue les femmes enceintes, les mères, les pères et les bébés ;
2. Faciliter l'exercice des responsabilités parentales ;
3. Réduire l'incidence de l'abus et de la négligence à l'égard des enfants ;
4. Diminuer les conséquences de la pauvreté sur la santé et le bien-être des femmes enceintes et des familles avec un nourrisson ;
5. Diminuer à moins de 5 % le taux des naissances prématurées et à moins de 4 % le taux des naissances de poids inférieur à 2 500 grammes ;
6. Diminuer le taux d'interventions obstétricales, principalement le taux de césarienne et d'épisiotomie.

[5] Ministère de la Santé et des Services sociaux, Politique de périnatalité, (1993), Québec

2.3 *Les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'intégration des services de sage-femme selon le cadre légal*

Le ministère de la Santé et des Services sociaux propose cinq voies d'actions prioritaires que l'avant-projet régional d'intégration de services de sage-femme a intégrées :

1. Assurer un environnement favorable qui reconnaît la place des enfants et l'importance du rôle des parents ;
2. Offrir une gamme de services continus, disponibles dans toutes les régions du Québec, et reposant sur des principes de qualité, de continuité, d'accessibilité et d'efficacité ;
3. Développer des approches novatrices qui contribuent à améliorer l'efficacité et l'efficience des services ainsi que la santé et le bien-être des femmes enceintes et de leur famille ;
4. Soutenir l'intervention par l'amélioration de la formation de base des intervenantes et leur formation continue ainsi que par la recherche ;
5. Planifier, organiser et intervenir en concertation avec les instances décisionnelles du milieu.

LES DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE LA RÉGION DES LAURENTIDES

3. Les données socio-démographiques de la région des Laurentides

La région laurentidienne regroupe huit municipalités régionales de comté, et la population s'élève à 469 007 personnes dont 112 274 âgées entre 0-17 ans, soit 24 % de celle-ci. Elle est au cinquième rang des régions du Québec pour ce qui est du nombre de ses habitants. Entre 1990 et 1998, la région a enregistré un taux de croissance démographique de l'ordre de 24 %, celui du Québec étant de 7 %. Les projections de population par territoire de CLSC diffusées par l'Institut de statistique du Québec en juin 2000, prévoient une croissance de 6.9 % pour le Québec, et celle de la région des Laurentides est de 29 % pour la période entre 1996-2021. La population de cette région est plus jeune que l'ensemble du Québec.[6]

Quatre centres hospitaliers sur cinq offrent des services d'obstétrique et de gynécologie, et sept CLSC sur sept assurent le suivi systématique de la mère et du nouveau-né lors du congé précoce.

En 1996, la région des Laurentides :

- comptait 27 625 familles ayant des enfants de moins de six ans ;[7]
- enregistrait 3 701 naissances[8].

Parmi les 5 295 naissances dans les Laurentides en 1997 :

- 4.6 % des mères étaient âgées entre 15-19 ans;
- 20 % des mères étaient âgées entre 20-24 ans;
- 35 % des mères étaient âgées entre 25-29 ans.

---

[6] Source :Info-pop Bulletin d'information sur les données de population du ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2000
Portrait sommaire régional des Laurentides, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services à la population, mars 2001

[7] Recensement de Statistiques Canada, 1996

[8] APR-DRG,1998-99

LES PRINCIPES ET OBLIGATIONS DE L'INTÉGRATION DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

4. Les principes et obligations de l'intégration de la pratique de sage-femme

4.1 Les principes :

Les principes suivants seront recherchés afin d'assurer une meilleure intégration des sages-femmes aux services déjà en place localement :

1. Assurer l'**accessibilité** aux services de sage-femme sur chaque territoire de CLSC en partenariat avec le centre hospitalier qui s'y rattache ;

2. Assurer la **sécurité physique, psychologique et sociale** des femmes et des nouveau-nés tout au long du déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de l'adaptation en période postnatale ;

3. Assurer une **continuité de soins par la même sage-femme**, ou par une petite équipe de sages-femmes, tout au long de la période périnatale (prénatale, pernatale et postnatale), dans une approche globale et familiale ;

4. Une collaboration interprofessionnelle, entre les sages-femmes et les intervenants en périnatalité (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, néonatalogistes, infirmières) et entre les établissements qui soutiennent cette pratique (CLSC, CH), favorise une réelle intégration au réseau. Cette collaboration doit se faire dans le **respect de l'autonomie**, des compétences et des responsabilités cliniques et professionnelles des différents acteurs.

4.2 Les objectifs :

1. Offrir un lieu alternatif à l'accouchement, adapté aux besoins des femmes et des couples (maison de naissances);

2. Assurer l'intégration, la continuité et la complémentarité des services de sage-femme parmi les services de santé déjà en place;

3. Offrir des services et des soins sécuritaires aux femmes et aux nouveau-nés;

4. Assurer une collaboration interprofessionnelle entre les sages-femmes, les intervenants en périnatalité (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, néonatalogistes, infirmières) et entre les établissements qui soutiennent cette pratique (CLSC, CH);

5. Offrir des services centrés sur la famille, la santé globale et l'accouchement normal et physiologique;

6. Décentraliser l'organisation des services de périnatalité vers le niveau local, plus près des milieux de vie.

7. Favoriser l'implication des femmes, ayant reçu les services de sage-femme, à participer aux orientations et aux décisions en développant des mécanismes pour qu'elles puissent influencer l'organisation des services afin qu'ils répondent à leurs besoins (comité aviseur);

8. Contribuer au développement de la profession de sage-femme en offrant la possibilité de stage clinique dans un lieu alternatif pour les naissances;

9. Faire connaître les services de sage-femme à la population et aux intervenants en périnatalité dans les Laurentides.

4.3 Les mécanismes d'intégration :

Les mécanismes d'intégration de la pratique de sage-femme sont définis dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La section qui suit clarifie ces mécanismes.

Une sage-femme, qui désire exercer sa profession pour un établissement, doit adresser au conseil d'administration dudit établissement exploitant un centre local de services communautaires, identifié par la Régie régionale en vertu de l'article 347, une demande afin de conclure avec cet établissement un contrat de services (Art. 259.2 Loi SSSS). Ce contrat de service inclut les droits et obligations des sages-femmes, est d'une durée de trois ans et est renouvelable à échéance (Art. 259.5 Loi SSSS).

De plus, le CLSC qui a conclu un contrat de services avec une sage-femme, en application de l'article 259.2, peut conclure, avec un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, une entente en vertu des dispositions de l'article 108 afin de permettre à la sage-femme d'y pratiquer des accouchements et de poser tous les autres actes qui peuvent être requis dans les circonstances (Art.259.10 Loi SSSS). La Loi prévoit le contenu de cette entente telle que l'utilisation des locaux, la collaboration interprofessionnelle, les modalités d'admission et de congé des femmes et des enfants sous sa responsabilité, et les modalités d'administration nécessaires au bon fonctionnement des services.

En ce qui concerne les modalités de rémunération, le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Association des CLSC/CHSLD négocient actuellement avec le Regroupement des Sages-femmes du Québec.

4.4 L'organisation administrative

Outres leurs fonctions quant aux suivis des femmes enceintes, de leur conjoint et des nouveau-nés, les sages-femmes ont des responsabilités administratives. Ainsi, la Loi prévoit les modalités pour la nomination d'une responsable des sages-femmes, la formation d'un Conseil des sages-femmes de même que leurs responsabilités respectives.

4.5 La responsable sage-femme

Afin d'assurer la coordination et la surveillance de l'activité clinique de sage-femme, une responsable des services de sage-femme doit être nommée par tout établissement qui exploite un centre local de services communautaires où exercent des sages-femmes. Cette personne doit être une sage-femme (Art.208.1 Loi SSSS). Les fonctions de la responsable sont calquées à la fois sur les modèles médicaux et infirmiers, le législateur tentant d'assurer l'encadrement clinique nécessaire à l'exercice de la profession de sage-femme tout en respectant l'autonomie des établissements en matière d'organisation des services.

Les tâches de la responsable sage-femme seront : (Art.208.2, 208.3 Loi SSSS)

1. Surveiller et contrôler la qualité des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement;
2. Élaborer des règles de soins que doit appliquer la sage-femme, et qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficients aux usagers ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement;
3. Assumer les fonctions prévues au premier alinéa de l'article 225.3 et 225.4, dans le cas d'absence d'un Conseil des sages-femmes;
4. S'assurer de la distribution appropriée des services de sage-femme dispensés pour l'établissement;
5. Coordonner les services de sage-femme en fonction des besoins de l'établissement;
6. Assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation.

4.6 Le Conseil des sages-femmes

Dans le but d'assurer la qualité des services, et tout comme les autres professionnels, un Conseil des sages-femmes est institué pour chaque établissement public qui exploite un centre local de services communautaires et qui a conclu, avec au moins cinq sages-femmes, un contrat de services en vertu des dispositions de l'article 259.2. Ce conseil est composé de toutes les sages-femmes qui ont conclu un tel contrat avec l'établissement (Art. 225.1 Loi SSSS).

Ce conseil sera responsable envers le conseil d'administration du CLSC afin de:

1. Contrôler et apprécier de manière générale la qualité et la pertinence des actes posés;
2. Faire les recommandations sur la distribution appropriée des services dispensés par ses membres ;
3. Faire les recommandations sur les règles de soins applicables à ses membres ;
4. Faire les recommandations sur les qualifications et la compétence d'une sage-femme qui adresse une demande d'exercice à l'intérieur de cet établissement ;
5. Assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

En l'absence d'un Conseil des sages-femmes et où l'article 225.2 Loi SSSS ne reçoit pas application, la responsable des services de sage-femme est responsable envers le directeur général.

4.7 La composition de l'équipe clinique de sage-femme

Selon le regroupement des sages-femmes du Québec et l'organisation des services des Maisons de naissances actuelles ; il serait souhaitable que l'équipe de base de services de sage-femme soit composée des personnes suivantes :

1. D'une chef de programme;
2. De sages-femmes dont la responsable des services de sage-femme;
3. D'assistantes natales;
4. D'une secrétaire administrative.

4.8 Le rôle et les responsabilités des membres

4.8.1 La chef de programme

La chef de programme sera sous la responsabilité de la directrice des programmes. Elle assumera l'administration et la coordination des services.

Ses fonctions seront :

- Assurer les responsabilités administratives et formatives reliées à la planification, l'organisation, la coordination, la distribution, la promotion et l'évaluation des services de sage-femme;
- Offrir un support constant et direct au personnel de l'équipe de base de sages-femmes;
- Assurer les liens avec les différentes équipes des CLSC;
- Représenter l'équipe de services de sage-femme sur différents comités locaux, régionaux et provinciaux.

4.8.2 Les sages-femmes

Les sages-femmes signeront un contrat de services avec le CLSC. Celles-ci seront sous l'autorité clinique de la responsable des services de sage-femme et l'autorité administrative de la chef de programme des sages-femmes.

Leurs fonctions seront :

- Assumer la responsabilité des suivis prénatal, pernatal et postnatal des femmes;
- Assurer le suivi bio-psychosocial des femmes;
- Offrir des soins selon les besoins spécifiques des couples;
- Participer aux activités de promotion et d'éducation.

4.8.3 *Les assistantes natales*

Elles relèveront de la chef de programme des sages-femmes. Au cours de la période de travail, de l'accouchement et du postnatal, elles travailleront sous l'autorité des sages-femmes responsables de l'accouchement. Elles apporteront une contribution importante pour le bon fonctionnement des services de sage-femme. De plus, elles répondront à des exigences de garde et de quarts de travail.

Leurs fonctions spécifiques seront :

- Apporter un soutien d'appoint à l'équipe de sages-femmes;
- Accompagner la mère et la famille dans le processus d'intégration postnatale;
- Aider, lorsque nécessaire, à l'intégration de la mère et du nouveau-né à domicile.

4.8.4 *La secrétaire administrative*

La secrétaire administrative travaillera sous l'autorité de la chef de programme de sage-femme.

Ces fonctions seront :

- Réaliser des activités reliées à l'élaboration et au fonctionnement des services de l'accueil, du secrétariat et des services communautaires;
- Travailler en collaboration avec la chef de programme pour tout ce qui concerne les communications auprès de la communauté et des partenaires.

L'INTÉGRATION DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

5. L'intégration de la pratique de sage-femme

Les lieux de pratique de sage-femme sont en centre local de services communautaires, en centre hospitalier, en maison de naissances et à domicile. Actuellement, tel que mentionné à l'article 61 et à l'article 5 premier alinéa paragraphe deuxième de la Loi sur les sages-femmes, *la sage-femme ne peut pratiquer d'accouchement à domicile* avant l'entrée en vigueur du règlement du bureau.

Aussi, les recommandations ministérielles mentionnent ce qui suit :
«...en ce qui concerne le domicile, des normes de sécurité devront être établies par l'Ordre professionnel et soumises au gouvernement pour approbation avant que la pratique de sage-femme soit autorisée dans ce lieu de naissance...»[9]

Ces nouveaux services, axés sur la promotion et la prévention, concernent le processus normal de la grossesse (risques obstétricaux et néo-natals peu élevés) et comprennent l'ensemble des services requis tout au long de son déroulement. Ils débutent avec le diagnostic de la grossesse et se poursuivent, jusqu'à six semaines après la naissance, pour le suivi de la mère et du nouveau-né. Ces services s'adressent aux femmes et aux couples qui désirent ces services.

En plus de ce qui précède, l'avant-projet de la région des Laurentides favorise par ailleurs le suivi des femmes à risque psychosocial, soit des femmes socialement défavorisées ou vivant des situations particulières tels la violence conjugale, la monoparentalité, l'isolement social et le faible revenu.

5.1 Description de l'intégration selon les lieux d'intervention

5.1.1 En Centre local de services communautaires

Comme mentionné précédemment, les sages-femmes doivent conclure un contrat de services avec un CLSC pour exercer leur profession. Le CLSC étant le port d'attache de cette nouvelle équipe, un équipement leur est nécessaire. Des locaux doivent leur être attribués, organisés et meublés selon les exigences de la pratique.

---

[9] Pratique de sage-femme, Recommandations ministérielles, p.26, 1998, Québec

Leurs interventions se situent tant dans l'organisation de leur travail que le suivi des femmes enceintes en périodes prénatale et postnatale. La période pernatale doit se dérouler en centre hospitalier ou en maison de naissances.

Étant donné l'obligation des sages-femmes à conclure un contrat avec un CLSC pour fin de pratique, la Conférence des CLSC de la région des Laurentides ont désigné le CLSC Arthur-Buies comme mandataire de l'intégration de la pratique de sage-femme. Il revient donc au CLSC Arthur-Buies de conclure des ententes de collaboration avec le ou les CHSGS qui seront partenaires dans cette organisation de services intégrés.

Le rattachement administratif qui reliera les sages-femmes au CLSC Arthur-Buies de Saint-Jérôme sera le premier pas d'intégration dans les Laurentides. À ce jour, leur conseil d'administration a déjà reçu six curriculum vitae de sages-femmes désirant pratiquer sur le territoire.

La disponibilité des services de sage-femme dans la région laurentidienne fera en sorte que les femmes et les couples auront accès à des suivis près de leur milieu de vie. Ainsi la femme qui désire être suivie par une sage-femme pourra en faire la demande par téléphone au CLSC Arthur-Buies. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'équipe de sages-femmes. Par la suite, la responsable des services de sage-femme s'assurera la répartition adéquate dans l'équipe. La clientèle sera accueillie dans chacun des CLSC du territoire.

Une équipe minimale de cinq sages-femmes, incluant la responsable des sages-femmes, sera formée ainsi que l'embauche des autres intervenants proposés par le regroupement des sages-femmes du Québec. Les services pourraient être accessibles lorsque les budgets de fonctionnement et d'immobilisation auront été obtenus, que les modalités d'ententes inter-établissements prévues auront été conclues et de l'assurance d'une collaboration interprofessionnelle. Un comité guidera l'avancement des travaux.

L'intégration des sages-femmes dans le réseau actuel de la santé pourrait représenter un budget de démarrage d'environ 1 million de dollars, incluant d'une part un budget récurrent de 630 000 $, soit plus ou moins 60 000 $ en ressources humaines et plus ou moins 50 000 $ en budget de fonctionnement. D'autre part, un budget non-récurrent en immobilisation de plus ou moins 400 000 $ est à prévoir.

5.1.1.1 Coûts de l'intégration de la pratique de sage-femme — Équipe de sages-femmes CLSC : Budget de démarrage

BUDGET RÉCURRENT : 632 118 $	
Ressources humaines	***Coûts 1999***
1 responsable sage-femme (budget protégé ou selon entente MSSS) temps plein	58 000 $
5 sages-femmes (budget protégé ou selon entente MSSS) / temps plein 52 000 $/sf	260 000 $
1 technicienne administrative 21 h / sem.	19 250 $
1 préposée à l'admission 35 h / sem.	28 000 $
3 assistantes natales 17.5 h / sem.	42 000 $
avantages sociaux et charges sociales	175 868 $
SOUS-TOTAL	583 118 $
Administration / fonctionnement	
Fournitures médicales	23 000 $
Divers	26 000 $
SOUS-TOTAL	49 000 $

BUDGET NON RÉCURRENT 407 000 $	
Immobilisation	**Coûts 1999**
Réaménagement locaux au CLSC	173 000 $
Mobilier et équipement	156 000 $
Équipements médicaux	60 000 $
Fournitures de bureau et équipements de base	18 000 $
TOTAL	407 000 $

L'équipe de base pourrait assurer le suivi d'environ 240 femmes par année, soit 40 par sage-femme. Rappelons qu'elles font équipe de deux à la période pernatale.

Il est à noter que tous les coûts mentionnés dans ce chapitre ont été établis en 1999, date à laquelle un comité a préparé le Cadre de référence - Guide d'intégration de la pratique de sage-femme au réseau actuel de la périnatalité des Laurentides.

5.1.2 En centres hospitaliers

Plus spécifiquement, afin de favoriser l'utilisation optimale des immobilisations et équipements existants, le législateur a prévu qu'un CLSC et un CHSGS peuvent conclure une entente visant à permettre aux sages-femmes d'y pratiquer des accouchements et tous autres actes qui peuvent être requis dans les circonstances. De ces faits, tous les intervenants visés par les soins nécessaires à la mère, au nouveau-né ou aux deux, sont tenus d'une collaboration interprofessionnelle.

Les principales ententes à définir concerneront les partenaires suivants:

Ententes professionnelles :

1. auprès des gynécologues - obstétriciens;
2. auprès des médecins omnipraticiens oeuvrant en obstétrique;
3. auprès des pédiatres.

Ententes administratives concernant:

1. les services de pharmacie auprès des centres hospitaliers et des pharmacies privées;
2. les services de diagnostiques (radiologie, laboratoires, etc.) des centres hospitaliers et des CLSC du territoire;
3. les services techniques (entretien sanitaire, buanderie, alimentation, etc.) des centres hospitaliers du territoire;
4. les entreprises ambulancières, pour le transport particulier.

Le cadre de référence sur l'intégration de la pratique de sage-femme dans le réseau de la santé et des services sociaux précise : « il sera également important que les établissements d'une même région ou sous-région travaillent en partenariat, puisqu'ils pourraient être appelés à utiliser une même maison de naissances ou un même centre hospitalier ». On devrait donc en arriver à développer une entente cadre par région ou sous-région.[10]

Sur le territoire des Laurentides, l'intégration des services de sage-femme est particulière compte tenu de l'étalement de la population. La région des Laurentides représente 250 kilomètres à partir de sa partie la plus au sud jusqu'à sa partie la plus éloignée vers le nord soit une superficie de 21 576 Km2. Elle compte cinq centres hospitaliers dont quatre offrent des services d'obstétricien pour des accouchements. Il s'agit des centres hospitaliers St-Eustache, Laurentien, Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme et le centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine Labelle.

---

[10] Cadre de référence sur l'intégration de la pratique de sage-femme dans le réseau de la santé et des services sociaux, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, Janvier 1999

5.1.3 En maison de naissances

Depuis plus de dix ans, des femmes et des familles demandent un lieu alternatif pour l'accouchement davantage centré sur la famille, la santé globale et l'accouchement normal et physiologique.

Jusqu'à maintenant, il n'y a pas de maison de naissances dans les Laurentides. Trois projets de développement d'une maison de naissances à Saint-Jérôme furent présentés au Ministère pour la région. En 1999, un autre projet a été présenté par la Corporation Maison de naissances des Laurentides à la Régie régionale. Le projet prévoit qu'elle serait située à Saint-Jérôme permettant stratégiquement de desservir toute la région des Laurentides.

Une maison de naissances permettrait aux familles de recevoir des soins durant le travail, l'accouchement et la naissance du nouveau-né, et ce, en toute sécurité. De plus, ce lieu deviendrait un endroit offrant des services et activités adaptés aux besoins des familles, autant durant la période prénatale que postnatale.

La sélection des femmes admissibles serait faite selon les normes établies par le Ministère, soit celles qui vivent une grossesse «normale», c'est à dire en absence de risque ou à risques obstétricaux et néo-natals peu élevés. Aussi, une attention particulière devrait être portée aux familles défavorisées et aux mères adolescentes.[11]

L'ouverture d'une maison de naissances modifierait de nouveau l'organisation des services puisqu'à ce moment là, les sages-femmes feraient leurs suivi des clientes ainsi que les accouchements dans ce lieu.

Les coûts reliés à ce lieu de pratique seront discutés au chapitre du développement des services de sage-femme.

---

[11] Maison de naissances des Laurentides, Projet présenté par la Corporation Maison de naissances des Laurentides mars 1999, p.6

5.1.4 À domicile

Présentement, un moratoire suspend ce lieu de pratique de sage-femme jusqu'à ce que le Ministère et l'Office des professions aient accepté les règlements préparés par l'Ordre professionnel des sages-femmes.

Même si certaines négociations sont toujours en cours quant à ce lieu de naissances, certains couples en font leur premier choix.[12] Pour plusieurs familles, ce lieu représente le fondement de l'intimité et permet de retrouver le caractère foncièrement normal de l'accouchement et de la naissance.

[12] La pratique de sage-femme, La périnatalité au Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989, p95.

LES SERVICES

DE SAGE-FEMME

SELON LES PÉRIODES DE NATALITÉ

6. Les services de sage-femme selon les périodes de natalité

6.1 À la période prénatale

À cette période, la sage-femme assurera toutes les interventions pertinentes au suivi prénatal. Elle peut recevoir la patiente dans les locaux des CLSC ou au domicile de cette dernière selon son état de santé. Ses principales fonctions sont :

1. **Offrir des rencontres prénatales de groupe, spécifiques au suivi de sage-femme**, de l'ordre de trois ou de quatre séances. La clientèle sera aussi invitée à s'inscrire aux rencontres prénatales de groupe offertes par les CLSC, puisqu'elles leur permettront de connaître les services existants dans leur région. On y abordera des thématiques tels le travail physiologique, la douleur, le rôle spécifique du conjoint et l'accueil du nouveau-né;

2. **Offrir des visites individuelles** d'une durée de 30 à 60 minutes selon les besoins de la clientèle; l'information et l'écoute sont au centre du suivi de sage-femme. Ces rencontres peuvent avoir lieu au CLSC ou au domicile;

3. **Favoriser l'implication des pères** dans leur nouveau rôle et leur soutien possible;

4. **Participer aux discussions de cas** en tant que professionnelle oeuvrant dans l'équipe multidisciplinaire de périnatalité et présenter, le cas échéant, des dossiers où les femmes vivent des situations problématiques;

5. **Utiliser les autres services disponibles dans la programmation du CLSC**, c'est-à-dire tous les programmes disponibles sur le territoire (ex : OLO, NEGS, PCNP, auxiliaires familiales…) seront accessibles selon les besoins;

6. **Prescrire, effectuer ou interpréter un examen ou une analyse** mentionnés dans la liste établie par le règlement;

7. **Prescrire ou administrer un médicament et autres tests** recommandés et mentionnés dans la liste établie par règlement ; la sage-femme peut référer la cliente aux services du CLSC ou au laboratoire du centre hospitalier;

8. **Référer la patiente pour les examens spécialisés** tels que les échographies et amniocentèse vers les centres hospitaliers qui les pratiquent;

9. **Collaborer avec les partenaires** des CLSC, les organismes communautaires et les groupes de bénévoles à la promotion de l'allaitement maternel;

10. **Assurer une disponibilité** : les sages-femmes travailleront en petite équipe de deux ou trois. Elles assureront une grande disponibilité et pourront être rejointes sur leur téléavertisseur pour les urgences. Sinon, un service de boîte vocale sera disponible afin que la clientèle puisse y laisser des messages en tout temps.

6.2 *À la période pernatale :* début du travail jusqu'à l'accouchement *(équipe de deux sages-femmes)*

L'avant-projet prévoit l'accessibilité à une maison de naissances et le suivi de sage-femme pour les accouchements en centre hospitalier, en maison de naissances et au domicile. Les principales fonctions des sages-femmes à cette période sont :

1. **Assurer une disponibilité**: dès le début du travail, les femmes et leur partenaire pourront rejoindre leur sage-femme sur son téléavertisseur. Selon les besoins de la femme et l'évaluation de la sage-femme, une visite à domicile ou l'admission de la femme dans le lieu d'accouchement choisi sera possible. Au besoin, des tests seront pratiqués afin de déterminer avec certitude le début du travail;

2. **Supporter et accompagner la femme et son conjoint** : lors du travail et de l'accouchement, elle suivra la progression du travail et le bon déroulement de l'accouchement. Au moment de la poussée, une deuxième sage-femme viendra assister l'accouchement et la naissance du nouveau-né. La sage-femme procèdera à l'admission et au congé de la mère et du bébé;

3. **Faire les références aux professionnels** telles que consultations médicales dès que nécessaire selon les mécanismes établis;

4. **Assurer l'examen complet du nouveau-né et tous les soins requis par la mère et le nouveau-né**; elles ont l'entière responsabilité des soins de la mère et de l'enfant, incluant l'examen complet du nouveau-né;

5. **Pratiquer tous les tests nécessaires** au suivi de la mère et du nouveau-né;

6. **Compléter tous les documents pertinents** dans les trois premières heures après la naissance, soit la déclaration de naissance, l'avis de naissance, le carnet de vaccination et autres. Les documents de référence seront remis aux parents.

6.3 *À la période postnatale immédiate*

Notons ici les fonctions des sages-femmes lors d'un accouchement en centre hospitalier ou en maison de naissances :

1. **Assurer les soins à la mère et au nouveau-né** pour les trois premières heures;
2. **Autoriser les parents à quitter** le centre hospitalier pour leur domicile après trois heures, si tout s'est bien déroulé ;
3. **Assurer le suivi de santé** physique et psychologique, et l'adaptation au nouveau-né;
4. **Effectuer les prélèvements de dépistage** de routine postnatals chez le nouveau-né;
5. **Hospitaliser et transférer** la parturiente au médecin ou au spécialiste, si l'état de santé le justifie.

6.4 *De la période postnatale jusqu'à six semaines de vie*

Ces interventions sont effectuées au CLSC ou au domicile:

1. **Effectuer de deux à quatre visites à domicile** la première semaine, selon les besoins;
2. **Assurer le suivi de santé** physique et psychologique, et l'adaptation au nouveau-né;
3. **Assurer une disponibilité** 24 heures sur 24, pouvant être rejointes à leur bureau ou par leur téléavertisseur, afin d'assurer une qualité de services et une plus grande sécurité pour les parents;
4. **Utiliser les modalités de référence** aux services de l'équipe interdisciplinaire des CLSC ou des établissements visés par l'entente de gestion lorsque la situation le nécessite;
5. **Assurer le suivi postnatal de la mère et du nouveau-né** au bureau à deux et à six semaines de vie, afin de faire leur suivi médical et psychosocial, de donner l'information sur les ressources communautaires de sa région et de faire le bilan du vécu de la maternité , de la paternité et en tant que nouveaux parents;
6. **Effectuer les prélèvements de dépistage** de routine postnatals chez le nouveau-né, soit la tyrosinémie héréditaire, au domicile des parents dans les premiers jours.

LE DÉVELOPPEMENT

DES SERVICES DE SAGE-FEMME

UN ACCÈS AUX SERVICES

PRÈS DU MILIEU DE VIE DES FEMMES

7. Le développement des services de sage-femme

Un accès aux services près du milieu de vie des femmes

7.1 Accessibilité à une maison de naissances

La réalisation du projet de la Maison de naissances déterminera l'élargissement de l'accessibilité aux services de sage-femme sur tout le grand territoire des Laurentides. C'est dans une perspective de disponibilité aux familles que les sages-femmes désirent développer leurs services. On y propose deux scénarios : l'achat ou la location d'espace pour une seule maison de naissances (scénario 1) ou la location d'espace pour plusieurs petites maisons de naissances (scénario 2). Il n'est pas idéal d'installer les services de sage-femme dans le même édifice que les services réguliers dans les CLSC afin d'en conserver leurs aspects intimes et familiaux. De plus, l'accessibilité à une maison de naissances suppose l'obtention de ressources financières additionnelles du Ministère.

L'estimation des coûts totaux pour l'implantation du scénario Équipe de sages-femmes en maison de naissances est de **1 021 118 $.**

7.1.1 Scénario no.1 Équipe de sages-femmes en maison de naissances[13]

BUDGET RÉCURRENT : 782 118 $	
Ressources humaines	**Coûts 1999**
1 responsable sage-femme (budget protégé ou selon entente MSSS) temps plein	58 000 $
5 sages-femmes (budget protégé ou selon entente MSSS) / temps plein 52 000 $/sf	260 000 $
1 technicienne administrative 21 h / sem.	19 250 $
1 préposée à l'admission 35 h / sem.	28 000 $
3 assistantes natales 17.5 h / sem.	42 000 $
avantages sociaux et charges sociales	175 868 $
SOUS-TOTAL	583 118 $

[13] Il s'agit de la même équipe que celle déjà expliquée à la section 5.1.1.1 page 35.

BUDGET RÉCURRENT SUITE	Coûts 1999
Administration / fonctionnement	
Achat / location de locaux	150 000 $
Fournitures médicales	23 000 $
Divers	26 000 $
SOUS-TOTAL	199 000 $

BUDGET NON RÉCURRENT 239 000 $	Coûts 1999
Budget d'immobilisation	
Mobilier et équipements	161 000 $
Équipements médicaux	60 000 $
Fournitures de bureau	18 000 $
SOUS-TOTAL	239 000 $

7.1.2 Scénario no.2 Équipe de sages-femmes en petites maisons de naissances[14]

La location d'espaces pour plusieurs petites maisons de naissances (scénario 2) est un projet novateur qui a été proposé par le comité aviseur, soit celui de «décentraliser» la maison de naissances en plusieurs sites telles de petites maisons de naissances. Cette approche serait particulière à la région étant donné sa superficie territoriale et pourrait rendre encore plus accessible un lieu pour l'accouchement et la naissance à l'extérieur du centre hospitalier Ce projet pourrait prendre l'allure de petites maisons munies d'une chambre, d'une salle de bain et d'un salon-cuisine permettant d'offrir des soins près de la population avec tout le matériel requis. Il suffit d'innover et d'en évaluer la faisabilité. L'équipe serait composée des mêmes personnes que l'équipe de base de sages-femmes.

[14] Il s'agit de la même équipe que celle déjà expliquée à la section 5.1.1.1 page 35.

L'estimation des coûts totaux pour l'implantation du scénario Équipe de sages-femmes en petites maisons de naissances est de **1 039 118 $**.

BUDGET RÉCURRENT : **805 118 $**	
Ressources humaines	**Coûts 1999**
1 responsable sage-femme (budget protégé ou selon entente MSSS) temps plein	58 000 $
5 sages-femmes (budget protégé ou selon entente MSSS) / temps plein 52 000 $/sf	260 000 $
1 technicienne administrative 21 h / sem.	19 250 $
1 préposée à l'admission 35 h / sem.	28 000 $
3 assistantes natales 17.5 h / sem.	42 000 $
avantages sociaux et charges sociales	175 868 $
SOUS-TOTAL	583 118 $
Administration / fonctionnement	
Location de petites maisons	173 000 $
Fournitures médicales	23 000 $
Divers	26 000 $
SOUS-TOTAL	222 000 $

BUDGET NON RÉCURRENT **234 000 $**	
Budget d'immobilisation	**Coûts 1999**
Mobilier et équipement	156 000 $
Équipements médicaux	60 000 $
Fournitures de bureau	18 000 $
SOUS-TOTAL	234 000 $

7.2 *Le calendrier d'implantation*

Plusieurs étapes restent à franchir après l'annonce officielle par le Ministère des budgets de fonctionnement et d'immobilisation pour le développement des nouveaux services de sage-femme.

Un plan estimatif d'implantation est dressé et s'échelonne sur le temps nécessaire à déployer les ressources. Les gestionnaires pourraient planifier les activités en vue de débuter les suivis par les sages-femmes d'ici 12 mois. Ce calendrier démontre l'importance des étapes et le temps requis pour les effectuer afin d'assurer un fonctionnement optimal et sécuritaire.

1. Acceptation des budgets de fonctionnement et d'immobilisation	Mois 1
2. Consultation au comité aviseur	Mois 1
3. Embauche de la chef de programme 4. Consultation des partenaires (gestionnaires et médecins)	Mois 2 – 3 - 4
5. Présentation de l'avant-projet *Intégration de la pratique de sage-femme – Développement des services de sage-femme* aux diverses tables de consultation	Mois 4 - 5
6. Présentation et adoption de l'avant-projet au comité exécutif du conseil d'administration de la Régie régionale des Laurentides	Mois 5 – 6 - 7
7. Élaboration des ententes inter-établissement et embauche des sages-femmes	Mois 8 - 9
8. Aménagement des locaux des CLSC et des centres hospitaliers concernés et embauche des intervenants qui composent l'équipe de base de sages-femmes	Mois 10 – 11 - 12

L'ÉVALUATION DES SERVICES DE SAGE-FEMME:

UNE AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES

8. L'évaluation des services de sage-femme

Une amélioration continue de la qualité des services

La région des Laurentides a pour objectif général, à travers l'implantation d'un projet d'intégration des services de sage-femme sur son territoire, de répondre aux besoins particuliers des femmes enceintes, des conjoints et des nouveau-nés, et un objectif plus spécifique telle l'amélioration des services en périnatalité.

Pour s'assurer d'y répondre, l'évaluation des aspects suivants est prévue :

- L'accessibilité des services;
- L'approche globale de la naissance;
- Le climat familial;
- La réponse adaptée aux besoins des femmes et des couples;
- La participation des femmes aux orientations des services et des décisions;
- L'intégration, la continuité et la complémentarité des services;
- La sécurité des femmes et des nouveau-nés;
- La décentralisation des services jusqu'au niveau local;
- La qualité des services;
- L'effet des services sur la santé des mères et des nouveau-nés.

L'évaluation doit permettre de connaître l'utilisation des ressources financières, l'atteinte des objectifs du projet, la qualité des services et l'effet sur la santé des personnes concernées. La cueillette de données pourra être faite par un questionnaire auprès de la clientèle, un certain temps après avoir reçu les services, et par le suivi d'indicateurs de gestion. Les retombées sur la santé seront évaluées selon l'atteinte des objectifs de la politique de Santé et Bien-être et de la Politique en périnatalité.

L'amélioration de l'état de santé de nos enfants tant aux niveaux physique, biologique et psychologique, de la santé des mères et des pères quant à leur rôle de parents et de leur adaptation au rôle familial, de même que la santé des couples seront des paramètres qui guideront les actions des intervenants de la santé et feront foi du support nécessaire à offrir à cette clientèle. Les services de santé et des services sociaux ont comme objectifs de répondre à ces besoins afin de garantir une société en santé et productive tant au niveau sociologique qu'économique.

Parmi les moyens qui permettront d'évaluer les services, des indicateurs comme les coûts des salaires, des fournitures, des équipements et de fonctionnement devront viser l'atteinte de l'équilibre budgétaire.

Conclusion

L'avant-projet Intégration de la pratique de sage-femme — Développement des services de sage-femme répond tout simplement à la demande incessante des femmes de la région.

Depuis plus de dix ans, les groupes de femmes réclament ce type de services près de leur milieu de vie. Trois projets ont été déposés au ministère de la Santé et des Services sociaux depuis 1990 quant à l'ouverture d'une maison de naissances dans la région des Laurentides mais aucun n'a été réalisé.

De ces faits, les familles n'ont toujours pas accès à ce type de services localement. Elles poursuivent leurs démarches afin de pouvoir vivre la naissance de leur enfant dans un lieu calme, sécuritaire et chaleureux.

Cet avant-projet répond aux besoins des parents. De plus, les connaissances scientifiques permettent d'assurer le suivi d'une grossesse et d'un accouchement dit normal, et les modalités de travail en interdisciplinarité avec les partenaires régionaux assurent une réponse aux situations d'urgence.

Une organisation de services complémentaires permettra l'utilisation des ressources de façon efficiente et efficace. De plus, l'accessibilité à des services plus près du milieu de vie amorcera l'adaptation à la nouvelle situation de vie pour les familles, créera des liens avec l'entourage et évitera l'isolement social.

La Régie régionale est favorable à l'intégration des nouvelles professionnelles que sont les sages-femmes dans une perspective de collaboration interprofessionnelle, tout en respectant la capacité d'intégration de chacun des milieux. De plus, les étapes à franchir pour favoriser cette intégration sont aussi tributaires des budgets requis pour assurer le développement harmonieux, respectueux, efficient et efficace.

Elle recommande l'intégration des sages-femmes dans le réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides le plus tôt possible afin de répondre aux besoins exprimés par la clientèle et de permettre l'accessibilité à ces services, et ce, gratuitement à travers le réseau de services de santé et de services sociaux déjà existant.

Bibliographie

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur l'intégration de la pratique de sage-femme dans le réseau de la santé et des services sociaux,* janvier 1999

CLSC ARTHUR-BUIES. *Un centre de maternité au cœur des Laurentides,* Saint-Jérôme, CLSC Arthur-Buies, 1992

HAMELIN, Lucie. *Cadre de référence - Guide d'intégration de la pratique de sage-femme au réseau actuel de la périnatalité des Laurentides,* novembre 2000

HAMELIN, Lucie et GUÉNETTE, Luc. CLSC THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE. *Centre de maternité « Thérèse-de-Blainville »,* 1992

L.R.Q., S-01. *Loi sur les sages-femmes*

MAISON DE NAISSANCES DES LAURENTIDES. *Projet présenté par la Corporation Maison de Naissances des Laurentides,* mars 1999, 6 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité,* 1993

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être,* 1992, 66 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La pratique de sage-femme. La périnatalité au Québec,* 1989, 95 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pratique de sage-femme,* Recommandations ministérielles Québec, 1998, 26 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE DU QUÉBEC. *Projet d'intégration de services de sage-femme,* 2001

TABLEAUX

Tableau I

Nombre de familles, par MRC, par groupe d'âge des enfants.

		Groupe d'âge des enfants:				
		Tous de moins de 6 ans	Certains de moins de 6 ans et certains de 6 à 14 ans	Certains de moins de 6 ans et certains de 15 à 17 ans	Certains de moins de 6 ans, certains de 6 à 14 ans et certains de 15 à 17 ans	Total des familles comptant des enfants de moins de 6 ans
MRC 72 :	**Deux-Montagnes**	3 320	1 890	35	85	**5 330**
MRC 73 :	**Thérèse-De-Blainville**	5 530	3 195	95	130	**8 950**
MRC 74 :	**Mirabel**	1 190	690	10	35	**1 925**
MRC 75 :	**La Rivière-du-Nord**	3 210	1 780	40	80	**5 110**
MRC 76 :	**Argenteuil**	835	600	20	40	**1 495**
MRC 77 :	**Les Pays-d'en-Haut**	825	405	40	20	**1 290**
MRC 78 :	**Les Laurentides**	1 170	600	10	35	**1 815**
MRC 79 :	**Antoine-Labelle**	1 055	645	0	10	**1 710**
	Total Région 15 :	**17 135**	**9 805**	**250**	**435**	**27 625**
	Total Québec :	**244 080**	**142 630**	**3 665**	**7 275**	**397 650**

Note : Dans le nombre de familles, on retrouve TOUS les types de familles : monoparentale, union libre, couple marié, etc.

Source de données : Recensement de Statistiques Canada, 1996
Traitement : InfoCentre - RRSSS des Laurentides

Tableau I

Nombre de familles, par MRC, par groupe d'âge des enfants.

		Groupe d'âge des enfants:				
		Tous de moins de 6 ans	Certains de moins de 6 ans et certains de 6 à 14 ans	Certains de moins de 6 ans et certains de 15 à 17 ans	Certains de moins de 6 ans, certains de 6 à 14 ans et certains de 15 à 17 ans	Total des familles comptant des enfants de moins de 6 ans
MRC 72 :	Deux-Montagnes	3 320	1 890	35	85	**5 330**
MRC 73 :	Thérese-De-Blainville	5 530	3 195	95	130	**8 950**
MRC 74 :	Mirabel	1 190	690	10	35	**1 925**
MRC 75 :	La Rivière-du-Nord	3 210	1 780	40	80	**5 110**
MRC 76 :	Argenteuil	835	600	20	40	**1 495**
MRC 77 :	Les Pays-d'en-Haut	825	405	40	20	**1 290**
MRC 78 :	Les Laurentides	1 170	600	10	35	**1 815**
MRC 79 :	Antoine-Labelle	1 055	645	0	10	**1 710**
	Total Region 15 :	**17 135**	**9 805**	**250**	**435**	**27 625**
	Total Québec :	**244 080**	**142 630**	**3 665**	**7 275**	**397 650**

Note : Dans le nombre de familles, on retrouve TOUS les types de familles : monoparentale, union libre, couple marié, etc.

Source de données : Recensement de Statistiques Canada, 1996
Traitement : InfoCentre - RRSSS des Laurentides

Tableau II

Nombre d'accouchements, selon le territoire de CLSC de provenance de la mère, pour l'année 1998-99 au CENTRE HOSPITALIER SAINT-EUSTACHE

CLSC de provenance de la mère	Description du territoire CLSC	ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE	ACCOUCHEMENT AVEC OPERATION SAUF STERILISATION OU CURETAGE	ACCOUCHEMENT AVEC STERILISATION OU CURETAGE	CÉSARIENNE	TOTAL
06103	PIERREFONDS	5				5
06105	LACHINE	1				1
06202	VERDUN	1				1
06301	RIVIERE-DES-PRAIRIES	1				1
06302	POINTE-AUX-TREMBLES	1				1
06303	MERCIER-EST	1			1	2
06305	HOCHELAGA-MAISONNEUVE	1				1
06306	ROSEMONT	1				1
06308	ANJOU	1				1
06501	NOTRE-DAME DE GRACES/MONTREAL-OUEST	1				1
06504	ST-LOUIS DU PARC	2				2
06601	MONTREAL-NORD	1				1
06605	AHUNTSIC	1				1
06608	ST-LAURENT	1				1
06702	PLATEAU MONT-ROYAL	1			1	2
06706	VILLERAY	1				1
06707	PETITE PATRIE				1	1
07300	GATINEAU	1				1
09110	BASSE COTE-NORD	1				1
13801	DUVERNAY	7				7
13803	CHOMEDEY	46			8	54
13805	PONT-VIAU	15			3	18
13807	STE-ROSE-DE-LAVAL	151	1		28	180
14201	D'AUTRAY	1				1
14202	MATAWINIE	1				1
14204	MONTCALM	4			2	6
14205	LES MOULINS	37			4	41
14206	ASSOMPTION	3				3
15101	DEUX-MONTAGNES/MIRABEL	669	3		111	783
15102	THERESE-DE-BLAINVILLE	408	2	2	52	464
15104	RIVIERE-DU-NORD/MIRABEL	90	3		14	107
15105	LES PAYS-D'EN-HAUT	11				11
15107	ARGENTEUIL/MIRABEL	88			9	97
16103	VAUDREUIL-SOULANGES	3				3
16301	LAJEMMERAIS	1				1
16305	LA PRAIRIE	1				1
16307	LONGUEUIL-EST	1				1
990		1			1	2
	TOTAL	1 561	9	2	235	1 807

Source : APR-DRG, 1998-99
Traitement : InfoCentre - RRSSS des Laurentides

Tableau III

Nombre d'accouchements, selon le territoire de CLSC de provenance de la mère, pour l'année 1998-99 à L'HÔTEL-DIEU DE ST-JERÔME

CLSC de provenance de la mère	Description du territoire CLSC	ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE	ACCOUCHEMENT AVEC OPERATION SAUF STERILISATION OU CURETAGE	ACCOUCHEMENT AVEC STERILISATION OU CURETAGE	CÉSARIENNE	TOTAL
06306	ROSEMONT	1				1
06309	ST-LEONARD	1				1
06601	MONTREAL-NORD	3				3
06605	AHUNTSIC	1				1
06606	BORDEAUX-CARTIERVILLE	2				2
06701	MONTREAL-CENTRE-SUD	1				1
07300	GATINEAU	1				1
13801	DUVERNAY	1			1	2
13805	PONT-VIAU	1				1
13807	STE-ROSE-DE-LAVAL	3				3
14202	MATAWINIE	1				1
14204	MONTCALM	84			20	104
14205	LES MOULINS	8			4	12
14206	ASSOMPTION				1	1
15101	**DEUX-MONTAGNES/MIRABEL**	**8**	**2**		**2**	10
15102	**THERESE-DE-BLAINVILLE**	**88**	**3**		**9**	100
15103	**ANTOINE-LABELLE**	**1**				1
15104	**RIVIERE-DU-NORD/MIRABEL**	**625**	**27**	**7**	**106**	765
15105	**LES PAYS-D'EN-HAUT**	**29**	**1**		**7**	37
15106	**LES LAURENTIDES**	**4**			**4**	8
15107	**ARGENTEUIL/MIRABEL**	**32**	**1**		**9**	42
16307	LONGUEUIL-EST	1				1
990		1				1
	TOTAL	895	34	7	163	1 099

Source : APR-DRG, 1998-99
Traitement : InfoCentre - RRSSS des Laurentides

Tableau III

Nombre d'accouchements, selon le territoire de CLSC de provenance de la mère, pour l'année 1998-99 à L'HÔTEL-DIEU DE ST-JERÔME

CLSC de provenance de la mère	Description du territoire CLSC	ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE	ACCOUCHEMENT AVEC OPERATION SAUF STERILISATION OU CURETAGE	ACCOUCHEMENT AVEC STERILISATION OU CURETAGE	CÉSARIENNE	TOTAL
06306	ROSEMONT	1				1
06309	ST-LEONARD	1				1
06601	MONTREAL-NORD	3				3
06605	AHUNTSIC	1				1
06606	BORDEAUX-CARTIERVILLE	2				2
06701	MONTREAL-CENTRE-SUD	1				1
07300	GATINEAU	1				1
13801	DUVERNAY	1			1	2
13805	PONT-VIAU	1				1
13807	STE-ROSE-DE-LAVAL	3				3
14202	MATAWINIE	1				1
14204	MONTCALM	84			20	104
14205	LES MOULINS	8			4	12
14206	ASSOMPTION				1	1
15101	**DEUX-MONTAGNES/MIRABEL**	6	2		2	10
15102	**THERESE-DE-BLAINVILLE**	88	3		9	100
15103	**ANTOINE-LABELLE**	1				1
15104	**RIVIERE-DU-NORD/MIRABEL**	625	27	7	106	765
15105	**LES PAYS-D'EN-HAUT**	29	1		7	37
15106	**LES LAURENTIDES**	4			4	8
15107	**ARGENTEUIL/MIRABEL**	32	1		9	42
16307	LONGUEUIL-EST	1				1
990		1				1
	TOTAL	895	34	7	163	1 099

Source : APR-DRG, 1998-99
Traitement : InfoCentre - RRSSS des Laurentides

Tableau IV

Nombre d'accouchements, selon le territoire de CLSC de provenance de la mère, pour l'année 1998-99 au

C.H. ET CENTRE DE READAPTATION ANTOINE-LABELLE (CENTRE DE MONT-LAURIER)

CLSC de provenance de la mère	Description du territoire CLSC	ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE	ACCOUCHEMENT AVEC OPERATION SAUF STERILISATION OU CURETAGE	ACCOUCHEMENT AVEC STERILISATION OU CURETAGE	CÉSARIENNE	TOTAL
04101	HAUT-SAINT-MAURICE	1				1
06707	PETITE PATRIE	1				1
07600	DOMAINE DES FORESTIERS	15			5	20
10104	BAIE-JAMES	1				1
15103	ANTOINE-LABELLE	195	1	1	37	234
15105	LES PAYS-D'EN-HAUT				1	1
990		1				1
	TOTAL	214	1	1	43	259

Source : APR-DRG, 1998-99
Traitement : InfoCentre - RRSSS des Laurentides

Tableau IV

Nombre d'accouchements, selon le territoire de CLSC de provenance de la mère, pour l'année 1998-99 au

C.H. ET CENTRE DE READAPTATION ANTOINE-LABELLE (CENTRE DE MONT-LAURIER)

CLSC de provenance de la mère	Description du territoire CLSC	ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE	ACCOUCHEMENT AVEC OPERATION SAUF STERILISATION OU CURETAGE	ACCOUCHEMENT AVEC STERILISATION OU CURETAGE	CÉSARIENNE	TOTAL
04101	HAUT-SAINT-MAURICE	1				1
06707	PETITE PATRIE	1				1
07600	DOMAINE DES FORESTIERS	15			5	20
10104	BAIE-JAMES	1				1
15103	ANTOINE-LABELLE	195	1	1	37	234
15105	LES PAYS-D'EN-HAUT				1	1
990		1				1
	TOTAL	214	1	1	43	259

Source : APR-DRG, 1998-99
Traitement : InfoCentre - RRSSS des Laurentides

Tableau V

Nombre d'accouchements, selon le territoire de CLSC de provenance de la mère, pour l'année 1998-99 au CENTRE HOSPITALIER LAURENTIEN

CLSC de provenance de la mère	Description du territoire CLSC	ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE	ACCOUCHEMENT AVEC OPERATION SAUF STERILISATION OU CURETAGE	ACCOUCHEMENT AVEC STERILISATION OU CURETAGE	CÉSARIENNE	TOTAL
06302	POINTE-AUX-TREMBLES	1				1
07702	PETITE-NATION	1				1
12102	NOUVELLE-BEAUCE	1				1
12404	LOTBINIERE				1	1
13805	PONT-VIAU	1				1
14202	MATAWINIE	22			6	28
14205	LES MOULINS		1			1
15102	THERESE-DE-BLAINVILLE	2				2
15103	ANTOINE-LABELLE	26			9	35
15104	RIVIERE-DU-NORD/MIRABEL	25			4	29
15105	LES PAYS-D'EN-HAUT	117	2	1	15	135
15106	LES LAURENTIDES	259	3		34	296
15107	ARGENTEUIL/MIRABEL	1				1
16206	HAUTE-YAMASKA	1				1
990		3				3
	TOTAL	460	6	1	69	536

Source : APR-DRG, 1998-99
Traitement : InfoCentre - RRSSS des Laurentides

Tableau V

Nombre d'accouchements, selon le territoire de CLSC de provenance de la mère, pour l'année 1998-99 au CENTRE HOSPITALIER LAURENTIEN

CLSC de provenance de la mère	Description du territoire CLSC	ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE	ACCOUCHEMENT AVEC OPERATION SAUF STERILISATION OU CURETAGE	ACCOUCHEMENT AVEC STERILISATION OU CURETAGE	CÉSARIENNE	TOTAL
06302	POINTE-AUX-TREMBLES	1				1
07702	PETITE-NATION	1				1
12102	NOUVELLE-BEAUCE	1				1
12404	LOTBINIERE				1	1
13805	PONT-VIAU	1				1
14202	MATAWINIE	22			6	28
14205	LES MOULINS		1			1
15102	THERESE-DE-BLAINVILLE	2				2
15103	ANTOINE-LABELLE	26			9	35
15104	RIVIERE-DU-NORD/MIRABEL	25			4	29
15105	LES PAYS-D'EN-HAUT	117	2	1	15	135
15106	LES LAURENTIDES	259	3		34	296
15107	ARGENTEUIL/MIRABEL	1				1
16206	HAUTE-YAMASKA	1				1
990		3				3
	TOTAL	460	6	1	69	536

Source : APR-DRG, 1998-99
Traitement : InfoCentre - RRSSS des Laurentides

Tableau VI

Nombre de naissances selon le groupe d'âge et le territoire de CLSC de résidence de la mère, pour l'année 1997

CLSC	Description CLSC	10-14 ANS	15-19 ANS	20-24 ANS	25-29 ANS	30-34 ANS	35-39 ANS	40-44 ANS	45-49 ANS	TOTAL
15101	DEUX-MONTAGNES/MIRABEL		42	205	437	347	105	13		**1 149**
15102	THERESE-DE-BLAINVILLE		66	273	560	598	182	23	2	**1 704**
15103	ANTOINE-LABELLE	1	25	104	110	81	28	1		**350**
15104	RIVIERE-DU-NORD/MIRABEL		67	302	489	288	81	9		**1 236**
15105	LES PAYS-D'EN-HAUT		5	35	89	84	36	9	1	**259**
15106	LES LAURENTIDES		17	76	105	84	40	7		**329**
15107	ARGENTEUIL/MIRABEL		21	72	88	62	23	2		**268**
	TOTAL	**1**	**243**	**1 067**	**1 878**	**1 544**	**495**	**64**	**3**	**5 295**

Source de données : Fichier des Naissances, 1997
Traitement : InfoCentre - RRSSS des Laurentides